

別記様式（第3条関係）

平成29年分 特定一般用医薬品等購入費を
明依頼書

請求者（窓口への来庁者）は本人、配偶者または同居
している方等となります。代理人のかたは委任状、相
続人の場合はそれを証明するものが必要です。

平成30年 1月 15日

大崎市長 様

大崎 太郎 印

下記には、確定申告において医療費控除の特例を受けたい方で、かつ大崎市国
保の特定健康診査の受診者（または特定健康指導の完了者）を記載してくださ
い。（※1・※2はわかるときには記載願います。空欄の場合は市で確認し記
入いたします）

頁の規定に基づ
取組を行ったこ

との証明を依頼します。

ふりがな	おおさき たろう		性別	男 ・ 女
氏名	大崎 太郎			
住所	〒989-XXXX 大崎市古川七日町〇番■号			
保険証の記 号・番号	記号	番号	生年 月日	昭・平 30年 1月 1日
	み大崎	123456		
勤務先 (お勤めの場合)	なし		健診（検 診）名等	大崎市国民健康保険 特定健康診査
健診等実施機 関（※1）			受診日 (※2)	年 月 日

※1 実施医療機関名が不明な場合には記載不要です。

※2 平成29年1月1日以降に受診し、確定申告の対象となる年と同一の年に受診したことが必要です。

(注意) 特定保健指導の終了の証明の時は受診日を終了日と読み替えます。

年分 特定一般用医薬品等購入費を

この欄は大崎市で一定の取組の確認後記載いたします

上記の者は、上記のとおり租税特別措置法施行令第26条の27の2第1項
の規定に基づき厚生労働大臣が定める健康の保持増進及び疾病の予防への取
組を行ったことを証明します。

年 月 日

【証明者】

印

(裏面)

<被保険者の方へ>

○ 租税特別措置法第41条の17の2の規定に基づき特定一般用医薬品等購入費を支払った場合の所得控除(セルフメディケーション税制(医療費控除の特例))の適用を受けようとする場合であって、医療保険各法等の規定に基づく健康診査を受診したこと等の証明が必要な方は、この依頼書に必要な事項をご記入のうえ、ご加入の保険者の窓口へ提出下さい。

○ ただし、以下の領収書や結果通知表等のいずれかがあれば、保険者からの証明は必要ありません。該当する領収書や結果通知表を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示して下さい。

▶ インフルエンザの予防接種又は定期予防接種(高齢者の肺炎球菌感染症等)の領収書又は予防接種済証

▶ 市町村のがん検診の領収書又は結果通知表

▶ 職場で受けた定期健康診断の結果通知表

※ただし、「定期健康診断」という名称又は「勤務先(会社等)名称」の記載が必要。

▶ 特定健康診査の領収書又は結果通知表

※ただし、「特定健康診査」という名称又は「保険者名(ご加入の医療保険の名称)」の記載が必要。

▶ 人間ドックやがん検診を始めとする各種健診(検診)の領収書又は結果通知表

※ただし、「勤務先(会社等)名称」「保険者名(ご加入の健保組合等の名称)」の記載が必要。

【注：いずれの場合でも、提出書類には次の①～③の記載が必要です。①氏名、②取組を行った年(平成29年1月1日以降に受診し、確定申告の対象となる年と同一の年に受診したものであること)、③事業を行った保険者、事業者若しくは市町村(特別区を含む)の名称又は診察を行った医療機関の名称若しくは医師の氏名。】

○ 依頼書を提出して保険者から証明を受けた場合は、確定申告書にこの証明書を添付するか、確定申告の際に窓口へ提示して下さい。

○ 保険者の証明には時間を要することが予想されるため、余裕を持って依頼して下さい。

○ 本税制の対象品目など、詳細については、下記の厚生労働省HPをご覧ください。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124853.html>

<保険者の方へ>

○ 被保険者からこの依頼書の提出があった場合には、記載事項が適正に記載されていることを確認し、その者が健康診査を受診していると認められる場合には、証明者欄に記入の上、被保険者に証明書を交付して下さい。

(参考)【セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)】

健康の維持増進及び疾病予防への取組として一定の取組(インフルエンザ予防接種、定期健康診断、特定健康診査、がん検診等)を行う個人が、平成29年1月1日から平成33年12月31日までの間、スイッチOTC医薬品の年間購入額が1万2,000円を超えた場合、その超える部分の金額(生計を一にする配偶者その他の親族の分も含む。上限金額88,000円)が所得控除の対象となります。